

# 臺南市政府社會局－行為輔導服務轉介申請表

聯絡電話：2090275 郭社工 電子信箱：eptree.tainan@gmail.com

|               |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |           |                                                       |           |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------|-----------|
| 轉介單位          |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                | 申請日期      | 年 月 日                                                 |           |
| 單位<br>聯絡人     |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                | 電 話       |                                                       |           |
|               |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                | 手 機       |                                                       |           |
| 與案主<br>關係     | <input type="checkbox"/> 老師 <input type="checkbox"/> 社工 <input type="checkbox"/> 教保員 <input type="checkbox"/> 治療師 <input type="checkbox"/> 醫師<br><input type="checkbox"/> 職管員 <input type="checkbox"/> 其他，請說明： |                                                                                                                                |           |                                                       |           |
| 單位<br>聯絡地址    |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                | 電子信箱      |                                                       |           |
| 轉介需求<br>(可複選) | <input type="checkbox"/> 分析行為功能及原因 <input type="checkbox"/> 提供正向行為支持策略 <input type="checkbox"/> 資源連結<br><input type="checkbox"/> 研商家庭服務計畫，進而使個案標的行為獲得緩解 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：                       |                                                                                                                                |           |                                                       |           |
| 個案屬性          | 社政                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 社區式日間照顧 <input type="checkbox"/> 社區日間作業設施 <input type="checkbox"/> 家庭托顧 <input type="checkbox"/> 社區居住 |           |                                                       |           |
|               | 勞政                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 職業重建 <input type="checkbox"/> 庇護工場 <input type="checkbox"/> 社區就業                                      |           |                                                       |           |
|               | 教育                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 教育中心                                                                      |           |                                                       |           |
|               | 衛政                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 醫院                                                                                                    |           |                                                       |           |
|               | 其他                                                                                                                                                                                                             | 請說明：                                                                                                                           |           |                                                       |           |
| 個案姓名          |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                | 性別        | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |           |
| 出生日期          | 年 月 日 ( 歲 )                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                | 身分證<br>字號 | (僅供衛福部社家署針對醫療資源使用狀況及規劃分析用)                            |           |
| 舊制手冊<br>障別    |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                | 新制<br>證明  | 類別                                                    | 類別：第 類【 】 |
| 障礙等級          |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |           | ICD 診斷                                                | ICD：      |

## 一、主要行為問題及處理歷史

| 主<br>要<br>行<br>為<br>問<br>題          | ※評分說明                       | 頻率：出現的次數            | 強度：持續時間長度或造成的干擾嚴重度                              |     |     |     |     |        |     |     |
|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------|-------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|
|                                     | 5 分                         | 每小時 1 次以上           | 略                                               |     |     |     |     |        |     |     |
|                                     | 4 分                         | 每半天 1 次以上           | 略                                               |     |     |     |     |        |     |     |
|                                     | 3 分                         | 每天 1 次以上            | 非常嚴重，行為持續半天以上，或導致危及自己或他人或公共安全                   |     |     |     |     |        |     |     |
|                                     | 2 分                         | 每週出現 1 次以上          | 相當嚴重，行為持續 1 小時至半天，或嚴重干擾個案或團體日常生活活動之進行，或嚴重毀損公共器物 |     |     |     |     |        |     |     |
|                                     | 1 分                         | 低於每月 1 次            | 中度嚴重，行為持續 1 小時以內，或干擾個案或團體日常生活活動之進行              |     |     |     |     |        |     |     |
|                                     | 類 型 (可複選)                   | 行 為 簡 述 (態樣、持續時間…等) | 頻率(勾選)                                          |     |     |     |     | 強度(勾選) |     |     |
|                                     |                             |                     | 5 分                                             | 4 分 | 3 分 | 2 分 | 1 分 | 3 分    | 2 分 | 1 分 |
|                                     | <input type="checkbox"/> 自傷 |                     |                                                 |     |     |     |     |        |     |     |
|                                     | <input type="checkbox"/> 攻擊 |                     |                                                 |     |     |     |     |        |     |     |
| <input type="checkbox"/> 破壞         |                             |                     |                                                 |     |     |     |     |        |     |     |
| <input type="checkbox"/> 不服從/不合作    |                             |                     |                                                 |     |     |     |     |        |     |     |
| <input type="checkbox"/> 不適當的社會行為   |                             |                     |                                                 |     |     |     |     |        |     |     |
| <input type="checkbox"/> 固著或反覆的動作   |                             |                     |                                                 |     |     |     |     |        |     |     |
| <input type="checkbox"/> 退縮         |                             |                     |                                                 |     |     |     |     |        |     |     |
| <input type="checkbox"/> 怪異的性行為/性習慣 |                             |                     |                                                 |     |     |     |     |        |     |     |
| <input type="checkbox"/> 過份活動       |                             |                     |                                                 |     |     |     |     |        |     |     |

|      |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|      | <input type="checkbox"/> 其他情緒障礙或行為異常      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 處理歷史 | 上述行為問題從何時開始出現？已經持續多久？                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 貴單位或家庭曾試過之處理方式及效果：(如醫療、生態調整、行為獎懲、新行為訓練……) |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 二、個案身心狀況(經醫師診斷)

| 說明                                                                             | 正常                       | 異常 (請簡述病名或症狀) | 就醫情況 (未就醫或就醫之醫院、期間、處理結果) |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| 生理狀況                                                                           |                          |               |                          |
| 視覺                                                                             | <input type="checkbox"/> |               |                          |
| 聽覺                                                                             | <input type="checkbox"/> |               |                          |
| 肢體                                                                             | <input type="checkbox"/> |               |                          |
| 癲癇                                                                             | <input type="checkbox"/> |               |                          |
| 特殊疾病                                                                           | <input type="checkbox"/> |               |                          |
| 情緒/精神障礙診斷： <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有(請描述病名或症狀)： |                          |               |                          |
| 曾使用<br>目前使用                                                                    | 藥品及輔具名稱：                 |               |                          |
|                                                                                | 停用原因：                    |               |                          |
|                                                                                | 名稱                       | 劑量/用法         | 開始使用時間/使用結果              |
|                                                                                |                          |               |                          |
|                                                                                |                          |               |                          |

|           |    |     |     |            |                             |      |   |       |   |
|-----------|----|-----|-----|------------|-----------------------------|------|---|-------|---|
| 家系圖       |    |     |     |            | 主要照顧者                       |      |   |       |   |
|           |    |     |     |            | 社區                          | 聯絡電話 |   |       |   |
|           |    |     |     |            | 個案                          | 住家地址 |   |       |   |
|           |    |     |     |            | 家庭功能<br>(如：教養能力、經濟狀況、家庭氣氛等) |      |   |       |   |
| 家屬及重要關係他人 | 稱謂 | 姓 名 | 年 齡 | 職 業(單位、職稱) | 身心狀況                        | 存    | 歿 | 與個案同住 |   |
|           |    |     |     |            |                             |      |   | 是     | 否 |
|           | 父  |     |     |            |                             |      |   |       |   |
|           | 母  |     |     |            |                             |      |   |       |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                  |  |                       |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|-----------------------|
| 檢<br>附<br>資<br>料 | (請勾選已檢附項目)                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                  |  |                       |
|                  | <input type="checkbox"/> 現有之個案基本資料文件<br><input type="checkbox"/> 行為觀察記錄 (如：標的行為觀察記錄表、藥效評估記錄表…等)<br><input type="checkbox"/> 歷年行為支持計畫 (如：ISP、IFSP、個案研討記錄…等)<br><input type="checkbox"/> 個案能力現況表 (如：溝通、認知、自理、社會互動、休閒…等)<br><input type="checkbox"/> 其他 (如：醫療診斷/評估報告、與標的行為相關之影片/照片等)，請說明 |  |                  |  |                       |
| 填<br>簽           | 表<br>人<br>章                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 填<br>表<br>人<br>職 |  | 單<br>位<br>主<br>管<br>章 |